

## Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy, jejíž činnost vykonává  
Mateřská škola Borohrádek, Husova 530, Borohrádek od školního roku 2025/2026

### Dítě:

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

### Zákonný zástupce dítěte, popř. osoba, která je oprávněná účastníka řízení (dítě) v přijímacím řízení zastupovat:

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

Adresa pro doručování písemností (pokud není shodná s místem trvalého pobytu):

---

ID datové schránky (pokud je zřízena): \_\_\_\_\_

Dítě **JE x NENÍ**\*) diagnostikováno školským poradenským zařízením.

\*) hodící se zakroužkujte

Telefonní číslo\*\*) \_\_\_\_\_ e-mailová adresa\*\*) \_\_\_\_\_

\*\*) **nepovinný údaj**, jehož vyplněním souhlasí zákonný zástupce s jeho zpracováním **pouze pro účel** zefektivnění komunikace mezi školou a zákonným zástupcem v době přijímacího řízení

\_\_\_\_\_  
podpis zákonného zástupce

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

**Nevyplňuje se na žádosti o přijetí dítěte, pro které je předškolní vzdělávání povinné.**

## VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE DÍTĚ

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Místo trvalého pobytu:

Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním (popř. splnilo podmínku nezbytného očkovacího statusu pro přijetí k předškolnímu vzdělávání v rozsahu nejméně jedné dávky očkovací látky proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám a dále v případě očkování hexavakcínou bylo dítě očkováno ve schématu minimálně 2 + 1 dávka)

**ANO x NE,\*)**

nebo

má doklad, že je proti nákaze imunní

**ANO x NE,\*)**

nebo

má doklad, že se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci (z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky).

**ANO x NE,\*)**

Datum:

Razítko a podpis lékaře:

--

\*) hodící se zakroužkujte